

Anmeldung



Morper Allee 1 • 40699 Erkrath
info@senta-erkrath.de
www.senta-erkrath.de
Tel 0211 989 158 80
Fax 0211 989 158 82

Aufnahme ab:

Probetag: ja, am: nein

Name, Vorname:		Geburtsname:	
geboren am:		Geburtsort:	
Anschrift:			
Tel. Nr.:		Familienstand:	Konfession:
Rechnung an:			
Angehörige			
1. Name:			
Anschrift:			
Tel. Nr.:			
Verwandtschaftsgrad:			
2. Name:			
Anschrift:			
Tel. Nr.:			
Verwandtschaftsgrad:			
Betreuung/Vollmacht:		<input type="checkbox"/> ja, Name:	<input type="checkbox"/> nein
Anschrift:			
Tel. Nr.:			
Aufgabenkreis: <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge			
Hausarzt:		Tel. Nr.:	
Anschrift:			
Andere Ärzte:			
Patientenverfügung vorhanden:		<input type="checkbox"/> ja, hinterlegt bei:	<input type="checkbox"/> nein
Kostenträger:		Antrag gestellt am:	
Rezeptgebührenbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ärztlicher Fragebogen:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	vorgelegt am:
Wohnsituation: <input type="checkbox"/> wohnt alleine <input type="checkbox"/> wohnt mit:			

Versorgung durch Pflegedienst: <input type="checkbox"/> ja, Name: _____ <input type="checkbox"/> nein
Tel. Nr. und Anschrift:
Erbrachte Leistungen durch Pflegedienst: <input type="checkbox"/> Behandlungspflege
<input type="checkbox"/> Grundpflege, wie oft:
Betreuung durch Tagespflege
Gewünschte Besuchstage:
Fahrdienst durch:
Versorgung am Wochenende durch: <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern
Gewünscht: <input type="checkbox"/> Friseur <input type="checkbox"/> Fußpflege <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Toilettstuhl <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Hilfe erforderlich beim: <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Toilettengang <input type="checkbox"/> An-/ Auskleiden <input type="checkbox"/> Essen reichen
Orientierungsstörungen: <input type="checkbox"/> situativ <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> persönlich
Harninkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich
Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich
Katheter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien: <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ja, gegen:
Kostform:
Ess-/ Trinkgewohnheiten:
Andere Gewohnheiten / Vorlieben / Abneigungen:
Hausbesuch erwünscht: <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> findet statt am _____ <input type="checkbox"/> nein
Datum: _____ Unterschrift: _____